UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1957 - N° 210

LEIOMYOMES CUTANÉS MULTIPLES COEXISTANTS AVEC DES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS

(à propos d'une observation)

Travail de la Clinique dermatologique (Professeur JOULIA)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 6 décembre 1957

PAR

Jean BIDAULT

Élève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et de la France d'Outre-Mer

né le 14 octobre 1929, à SEVRAN (Seine-et-Oise)

Examinateurs de la Thèse : MM. JOULIA, professeur, Président. — DELMAS-MARSALET, prof. — LEGER, professeur — LE COULANT, agrégé — Juges

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1957

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0044

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1957 - N° 210

LEIOMYOMES CUTANÉS MULTIPLES COEXISTANTS AVEC DES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS

(à propos d'une observation)

Travail de la Clinique dermatologique (Professeur JOULIA)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 6 décembre 1957

PAR

Jean BIDAULT

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et de la France d'Outre-Mer

né le 14 octobre 1929, à SEVRAN (Seine-et-Oise)

BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse : MM. JOULIA, professeur, Président. — DELMAS-MARSALET, prof. — LEGER, professeur — LE COULANT, agrégé — Juges

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1957

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN

DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY. CARLES. LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX. CREYX, MAURIAC. BONNIN, GOLSE

PROFESSEURS

	MM.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Clinique chirurgicale	F. PAPIN
Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS
Clinique médicale et desmaladies infectieuses	E. AUBERTIN
Clinique odonto-stomatologique	X. J. DUBECQ
Pharmacie	G. VITTE
Physiologie	R. FABRE
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	C. JOULIA
Clinique d'accouchements.	M. RIVIERE
Clinique médicale	R. de GRAILLY
Clinique des maladies des voies urinaires.	R. DARGET
Médecine légale et médecine du travail	P. DERVILLEE
Clinique médicale des maladies des enfants.	A. FONTAN
Hygiène et Clinique de la tuberculose	F. PIECHAUD
Physique médicale et pharmaceutique	C. PIFFAULT
Toxicologie et hygiène appliquée	R. CASTAGNOU
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	J. REBOUL
Clinique chirurgicale	L. MASSE
Botanique et cryptogamie.	R. GIRARD

	MM.
Chimie	P. MESNARD
Anatomie	R. DUFOUR
Clinique médicale	P. BROUSTET
Clinique gynécologique	J. MAGENDIE
Chimie biologique et médicale	F. TAYEAU
Anatomie générale et histologie	G. MAYER
Physique pharmac. (T.P.)	P. BLANQUET
Pathologie générale et experimentale	R. SARIC
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	L. POUYANNE
Hydrologie thérapeut. et climatologie.	J.-J. DUBARRY
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Immunologie (T. P.)	R. PAUTRIZEL
Bactériologie	MOUSTARDIER
Carcinologie	A. LACHAPELE
Hydrologie pharm. (T.P.)	CAZAUX
Clinique ophtalmologique.	E. BESSIERE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	H. LEGER
Matière médicale	MASQUELIER
Médecine et hygiène tropicales et Clinique des maladies exotiques	G. MORETTI
Path. et clinique chirur.	LAUMONIER
Pathologie médicale	LENG-LEVY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. MAHON (Obstétrique),
Mlle ROUGIER (Physiologie), M. DESPONS (Oto-rhino-laryngologie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Anatomie	F. RIGAUD
Biochimie médicale	E. NEUZIL
Pathologie expérimentale	J. FAURE

	MM.
Pharmacie (2e section)	R. QUILICHINI
Histologie	R. STOLL
Anatomie	H. CABANIE
Physique médicale	J. DUHAMEL
Pharmacie (1re section)	P. ROMAIN

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

MM. J. MARQUEVIELLE (Biochimie médicale); J. BIRABEN (Anatomie pathologique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Médecine générale	BERGOUIGNAN
Chirurgie générale	J. CHAVANNAZ
Pédiatrie et puériculture	P. VERGER
Urologie	J. LANGE
Obstétrique	CHASTRUSSE
Médecine légale et médecine du travail	P. L'EPEE
Chirurgie générale	J. VILLAR
Chirurgie générale	R. TINGAUD
Chirurgie générale	DEPAULIS

	MM
Médecine générale	LAVIGNOLLE
Obstétrique	G. FAUGERE
Odonto-stomatologie	P. BENOIT
Médecine générale	MARTIN-DUPONT
Médecine générale	DAVID-CHAUSSE
Médecine générale	J. RIVIERE
Chirurgie générale	DARMAILLACQ
Ophtalmologie	L. CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	M. PORTMANN
Pneumo-phtisiologie	P. FREOUR
Neurologie et psychiatrie	M. BLANC

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Obstétrique sociale	MAHON
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Accouchements	CHASTRUSSE / FAUGERE
Puériculture	VERGER / PERY
Législation pharmaceutique	COUSTAU
Cryptogamie	LAUBIE
Organographie et physiologie végétale	TEMPERE
Chimie biologique	NIVET
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR / CHAVANNAZ / TINGAUD / LAPORTE

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	Mme LINQUETTE
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE
Séméiologie médicale	J. RIVIERE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Bactériologie	DULONG DE ROSNAY
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN / LAVIGNOLLF

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND-MERE

A MA MERE

A MON PERE

A MA TANTE — A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. TEXIER

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique dermatologique
Assistant des Hôpitaux

qui nous a beaucoup aidé dans l'élaboration de cette thèse.

Toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE MEDEC.N-GENERAL LE BRETON

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Croix de Guerre T.O.E.
Chevalier des Palmes Académiques

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE
F U C H S

Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre T.O.E.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR LE COULANT

Agrégé de Dermatologie et Syphiligraphie
Médecin dermato-vénérologiste des Hôpitaux
Officier des Palmes Académiques

qui nous a inspiré le sujet de ce travail et qui nous a toujours accueilli avec bienveillance.

Témoignage de reconnaissance et d'admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. LEGER

Professeur d'Anatomie Pathologique et Microscopie Clinique
Médecin des Hôpitaux
Chevalier des Palmes académiques

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier des Palmes Académiques

A NOTRE PRES DENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOULIA

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé
Chevalier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'Ordre de la Santé Publique
Officier des Palmes Académiques

En témoignage de respectueuse admiration et de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre jury de thèse.

INTRODUCTION

« Les liaisons entre l'ovaire et les téguments sont-elles limitées à l'acné et aux éruptions cataméniales ? », telle était la question que se posait le professeur Nanta à propos d'une observation de fibrome cutané survenant chez une femme hyperfolliculinique.

Nous pourrions la reprendre à notre compte à propos de l'observation que nous a confiée M. le professeur Le Coulant. Se peut-il que, dans ce cas, les léiomyomes cutanés dont est affligée la malade, aient la même pathogénie que les léiomyomes utérins dont elle était porteuse, ou s'agit-il d'une simple coïncidence ?

Les léiomyomes cutanés sont de petites tumeurs bénignes siégeant dans le derme. Fermes, elles sont mobiles avec la peau sur les téguments sous-jacents.

Elles sont constituées de fibres musculaires lisses entrecroisées en tous sens.

Parfois uniques, parfois multiples elles sont souvent douloureuses.

Nous emploierons comme synonymes les termes de : léiomyome, dermatomyome, myome. Le terme fibrome doit être entendu comme fibromyome s'il s'agit d'une tumeur utérine.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En compulsant la littérature traitant des léiomyomes cutanés, on est frappé par le fait qu'il n'y a pratiquement pas eu de modifications à apporter aux descriptions princeps datant du siècle dernier. Seules les discussions sur l'origine nævique ou non des dermatomyomes se sont fait jour. L'accord général s'étant vite fait sur ce sujet et, d'autre part, les problèmes thérapeutiques soulevés par ces petites tumeurs s'étant trouvés vite résolus, on peut dire que depuis plus de vingt ans les auteurs se sont bornés à publier épisodiquement leur cas de léiomyome sans soulever de discussions. Seuls, de rares auteurs, de langue anglaise surtout, ont repris la question pour préciser des points de détail.

C'est dans la littérature de la fin XIX^{e} siècle qu'il nous faut prendre nos sources :

En 1854, VIRCHOV décrit la première observation de léiomyome cutané dans l'ensemble d'une étude sur les tumeurs musculaires. Il s'agissait d'un homme de trente-deux ans qui était affligé d'une douzaine de petits nodules siégeant autour de la région du sein, s'étendant sur une superficie d'un bon travers de main. Ces nodules étaient sensibles spontanément et à la pression. VIRCHOW avait décrit ces tumeurs comme des « Teleangiektatische Muskelgeschmulste ».

Forster, en 1858, décrit un léiomyome développé sur le scrotum.

La même année, le Français Verneuil trouve sur la peau d'un sujet, du pavillon d'anatomie, une grande quantité de petits nodules intradermiques. L'examen histologique montra que ces nodules étaient constitués par des fibres musculaires lisses. C'est le premier cas connu, semble-t-il, *post mortem* il est vrai, de léiomyomes multiples disséminés.

Mais, c'est en 1880, dans les *Annales de dermatologie*, que paraît la première description complète, tant clinique qu'histologique des myomes cutanés. Ce fut le mérite de Besnier et il couronna son ouvrage par une classification des tumeurs à fibres musculaires lisses de la peau :

1. Myomes dartoïques solitaires, décrits par Virchow, dérivés des fibres musculaires lisses se rencontrant dans la peau et dans la couche superficielle du tissu cellulaire sous-cutané, dans les régions où se trouvent des glandes sudoripares apocrines : autour de l'anus, sur le scrotum, les grandes lèvres, les mamelons, les régions axillaires.

2. Léiomyomes multiples pouvant survenir partout ailleurs, revêtant l'aspect d'une éruption.

En 1881, Arnozan et Vaillard, dans le *Journad de Médecine de Bordeaux*, font également une très belle description clinique des dermatomyomes.

Mais le problème s'avéra être plus compliqué du fait que beaucoup de myomes solitaires survenaient en dehors des zones dartoïques et que les myomes dartoïques n'étaient pas toujours solitaires.

Ainsi Brigidi et Maracci publient un cas dont ils pensent que l'origine du myome est dans la tunique musculaire des artères. Aussi fallut-il composer une nouvelle classification fon-

dée sur la structure histologique des lésions, plutôt que sur leur localisation.

Babes, en 1884, distingua :

1° Les léiomyomes dérivés de la couche musculaire des vaisseaux ;

2° Les léiomyomes dérivés des muscles arrecteurs des poils ;

3° Les léiomyomes dérivés de la couche de muscles lisses des zones « dartoïques » de Besnier ;

4° Léiomyomes dérivés des fibres musculaires lisses des endroits plus profonds de la peau et de vestiges embryologiques disséminés.

On ajoute depuis à ce groupe les léiomyomes dérivés des cellules myoépithéliales des glandes sudoripares.

L'origine des léiomyomes multiples dans les muscles arrecteurs des poils est confirmée par Jadassohn, en 1890.

En 1897, Crocker publie le onzième cas, Roberts le quinzième en 1900.

Depuis le début du XX^e^ siècle, on peut dire que cette affection est bien connue. Seules des questions étiologiques restent à débattre.

En 1921, Dubreuil fait une communication à la Société de dermatologie.

En 1925, Stout fait le tour des publications connues de léiomyomes cutanés, en laissant à part les myomes dartoïques, et relève quarante-quatre cas.

Le problème de l'hérédité fut évoqué par Dore, en 1922, puis en 1928 et 1930 par Brugger, Corsi et Hopkins.

En 1933, Grzybowski démontre qu'il y a des néoformations nerveuses dans les dermatomyomes pour expliquer leur

pathologie douloureuse. Dauphin consacre sa thèse à l'étude des dermatomyomes à topographie systématisée.

En 1946, Touraine et Horowitz décrivent, à propos d'un cas, semble-t-il héréditaire, le « signe de la contraction au jet de chlorure d'éthyle ».

En 1948, Senters propose de découvrir l'origine des léiomyomes au moyen de procédés pharmacologiques.

Enfin Auger, en 1951, reprend l'étude des myomes solitaires de la peau d'origine vasculaire.

Dans toutes ces publications, il en est très peu qui fassent allusion à la coexistence de myomes utérins et de léiomyomes cutanés.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

I. — ETIOLOGIE.

A. — Fréquence.

Les léiomyomes cutanés peuvent être rangés sans contestations parmi les affections relativement rares. On en relevait soixante-cinq cas en 1927. Dauphin, en 1933, en comptait vingt de plus. Aujourd'hui, on peut avancer que le total des cas publiés dépasse deux centaines.

B. — Age.

Cette dermatose survient à tous les âges. Elle fut remarquée dès la naissance (cas de Brugger, Corsi, Hopkins). Stout cite un cas débutant à l'âge de treize ans.

A l'opposé, des malades âgés de soixante ans sont venus consulter pour la première fois pour cette affection. On peut dire qu'en général les sujets ont plus de vingt-cinq ans.

Le début réel de l'affection est difficile à préciser. Le malade venant consulter surtout pour les douleurs qui l'affli-

gent, se présente alors avec une maladie déjà évoluée. En effet, il est généralement admis que les tumeurs restent quelques mois à quelques années indolores après leur éruption; peu de malades alors y prêtent attention.

Stout pense que 50 % des cas voient leur début remonter ainsi avant la vingtième année.

C. — **Hérédité.**

Sur la transmission héréditaire possible de cette maladie il est difficile de conclure. Voici ce que Touraine en pense : « Nombre d'auteurs, au vu de cas congénitaux ou dès l'enfance, inclinent à y voir une génodermatose. Cette conception paraît être renforcée par quelques cas familiaux, certes rares ; puisque sur vingt-quatre observations récentes, nous n'en connaissons que quatre qui soient familiales et héréditaires en ligne directe, en dominance régulière : Dore, père et fille ; Garibaldi, grand-père, père et fils ; Sesary, Rabut et Grislain. en 1942, père, un fils et une fille sur trois enfants ; Gottron, en 1942, père et ses deux fils. »

D. — **Sexe.**

Cette maladie est-elle plus répandue chez l'homme que chez la femme ?

Pour les myomes multiples, Stout, sur cent six cas, trouve une proportion de deux hommes pour une femme.

Pour les léiomyomes cutanés ou sous-cutanés, la répartition est égale pour les quatre-vingt-huit cas relevés par Stout.

Les antécédents des malades ne révèlent en général rien de particulier.

II. — SIGNES FONCTIONNELS

Un seul signe fonctionnel : la douleur. Celle-ci revêt une très grande importance clinique ; c'est généralement parce qu'il souffre que le malade vient consulter. C'est encore la douleur qui permettra d'envisager le diagnostic clinique de la lésion.

Pour Ormsby la douleur se retrouve dans 70 % des cas de léiomyomes multiples. Pratiquement, on peut dire que tous les léiomyomes sont douloureux ou deviennent douloureux au cours de leur évolution. Mais ceci n'est valable que pour les dermatomyomes multiples. Les myomes solitaires de tous types sont peu ou pas douloureux.

La douleur semble traduire l'ancienneté d'évolution de l'affection. Cependant, en règle générale, les lésions ne sont pas douloureuses dès leur début, surtout si elles sont peu volumineuses, la douleur apparaissant avec l'augmentation de volume de la tumeur.

En bref, on ne peut considérer la douleur comme un signe de début ; on a cependant rapporté un cas où la douleur précéderait l'apparition de la tumeur.

La douleur : ses aspects, ses modalités.

Nous ferons remarquer la difficulté de préciser la date d'apparition de la douleur. Débutant souvent longtemps après l'éruption tumorale (17 ans après dans un cas de Corsi), elle se manifeste alors par des sensations assez faibles : picotement, prurit léger, impression de chaleur. Puis, peu à peu, en quelques mois ou quelques années, elle va se constituer définitivement et garder un caractère de fixité propre à chaque malade. Ces douleurs évoquent alors des sensations de brûlures, de peau fortement pincée, de prurit intense, de piqûre, d'arrachement.

Classiquement, la douleur peut revêtir deux modalités : soit spontanée, soit provoquée. Ces deux formes n'en faisant proba-

blement qu'une (DAUPHIN). Il nous faut donc admettre qu'une excitation imperceptible déclenche des crises dites « spontanées ». Ces douleurs partent d'un ou plusieurs éléments et s'irradient à tout le placard des dermatomyomes multiples. On a cité des irradiations plus étendues, mais le fait est rare.

Etant liées à la contraction de la tumeur, ces douleurs sont de type paroxystique. Leurs circonstances d'apparition sont très variables.

Les changements de temps, en particulier, le vent, ainsi que le changement de température sont à citer en tête. Le froid en tant qu'agent déclenchant de la douleur a été mis en cause par TOURAINE et HOROWITZ qui décrivent le signe de la contraction au jet de chlorure d'éthyle (*Annales de dermatologie*, 1946).

Les agents mécaniques (glissement des téguments atteints, frottements), l'irritation tactile provoquent une contraction des tumeurs que l'on voit blanchir (ARNOZAN et VAILLARD) : la peau se recolore en même temps que cesse la douleur. Certains malades signalent que le phénomène dit « de la chair de poule » leur est bien plus pénible que n'importe quel attouchement, fut-il brutal. On cite même un cas où les léiomyomes d'une malade étaient particulièrement douloureux au moment des règles (STRUMANN).

L'horaire de la douleur est fonction du facteur déclenchant : elles sont aussi bien diurnes que nocturnes.

La douleur, lors du déclenchement d'une crise, atteint son paroxysme en une minute, dure environ cinq minutes et disparaît progressivement en cinq minutes. Dans quelques cas extrêmes, la douleur est soit fulgurante, durant alors quelques secondes, soit prolongée durant plusieurs heures. Dans ce dernier cas on observe, accompagnant les douleurs, quelques signes généraux : sueurs, palpitations, congestion du visage.

On peut désormais se demander pourquoi les léiomyomes d'origine pilomotrice sont spécialement douloureux, alors que, chez un sujet normal, la « chair de poule » ne l'est pas. On a tout d'abord incriminé une compression des nerfs du voisinage par la tumeur. Toutefois cette hypothèse expliquait mal la douleur observée lors de petites tumeurs de la grosseur d'une tête d'épingle.

Depuis les travaux de Grzybswski qui a montré la présence de néoformations nerveuses très importantes dans la plupart des dermatomyomes, l'accord s'est fait pour mettre sur le compte de ces terminaisons nerveuses intratumorales, la sensibilité des léiomyomes à la contraction.

III. — SIGNES PHYSIQUES

Ils sont constitués essentiellement par la tumeur. Mais celle-ci revêt différents aspects suivant son degré d'évolution, c'est-à-dire son âge et son origine. La poussée tumorale se fait insidieusement, rarement précédée de phénomènes pré-éruptifs : pigmentations ou taches achromiques.

Dans plusieurs cas, on signale la poussée de tumeurs sur des cicatrices de vaccination (Spilmann et Michon), sur le point d'impact de traumatismes.

Taille.

Cette tumeur forme sur la peau une papule. Sa taille varie suivant l'âge de la tumeur. On peut, dans le cas de léiomyomes multiples, avoir toutes formes d'éléments dont la dimension varie : tête d'épingle, grain de millet, lentille, noisette, cerise.

Toutefois, les gros éléments sont surtout le fait de léiomyomes solitaires qui peuvent atteindre la taille d'un œuf, en particulier les myomes dartoïques.

Il faut insister sur la lenteur de la croissance de ces tumeurs qui s'étale souvent sur plusieurs années.

Nombre

Les léiomyomes se présentent soit comme des tumeurs solitaires, soit comme des tumeurs multiples. On rencontre le plus souvent des tumeurs multiples. Auger, au contraire, pense que les tumeurs multiples sont plus rares que les tumeurs isolées. Ce nombre varie de l'unité à plusieurs centaines.

Dans le cas de léiomyomes multiples, les tumeurs sont le plus souvent groupées en placards, de densité fort inégale. La confluence des éléments est parfois telle qu'on ne retrouve que très peu de peau non infiltrée entre deux tumeurs voisines. Le plus souvent, on en compte une par centimètre carré.

Ces placards sont eux-mêmes de dimensions inégales. Ils sont mal limités d'avec la peau saine ; leur forme est très variable, s'étirant le long d'un nerf cutané, le plus souvent ovalaires. Leur topographie est parfois nettement systématisée.

Couleur.

Au début, la peau garde sa couleur normale, elle paraît simplement amincie au-dessus de la tumeur sans jamais manifester de tendance à l'ulcération.

Le léiomyome cutané peut, en vieillissant, présenter tout un éventail de couleurs : marron, brun violacé, bleu, orangé.

Généralement cette couleur propre de la tumeur disparaît à la vitropression ; elle disparaît aussi lorsque les tumeurs se contractent (Arnozan et Vaillard). Il faut faire une exception pour les tumeurs de grande taille, âgées, dont il est difficile de faire disparaître la couleur à la pression.

Localisation.

Les faces d'extension des membres sont les lieux de prédilection des léiomyomes. On peut citer ensuite par ordre de fréquence : le tronc, face antérieure et postérieure à égalité, les joues, le front, la face et le nez. La paume des mains, la plante des pieds sont généralement indemnes.

A la palpation ces tumeurs ont une consistance ferme, résistante, élastique, voire cartilagineuse. Elles durcissent sous les doigts, devenant douloureuses. Les nodules sont en général bien limités. Parfois dans les placards de léiomyomes multiples, on sent une infiltration de la peau se trouvant entre les tumeurs. Dans le cas de Rader Mecker la peau du sujet était entièrement infiltrée par la léiomyomatose.

Le léiomyome solitaire est toujours très nettement limité. Enfin, les nodules paraissent toujours plus gros à la palpation.

IV. — FORMES CLINIQUES

On en distingue trois classes en fonction de leur origine.

A) Léiomyomes cutanés multiples, dérivant des muscles arrecteurs des poils.

B) Angéioléiomyomes solitaires, dérivant des parois des vaisseaux sanguins, surtout des veines.

C) Léiomyomes solitaires des organes génitaux et des zones dartoïques, dérivant du dartos.

Chaque groupe a ses caractères cliniques et histologiques propres qui figurent dans le tableau suivant que nous avons emprunté à T.-S. Saunders et Fitzpatrick.

	Léiomyomes cutanés multiples	*Angéioléiomyomes solitaires.*	*Léiomyomes solitaire des organes génitaux.*
Symptomatologie	Douloureux.	Douloureux.	Rarement douloureux.
Localisation	Tronc, face extrémités.	Extrémités.	Organes génitaux, seins.
Taille des lésions	Petites papules à petits nodules.	Papules à gros nodules.	Gros nodules.
Couleur	Clairs ou bruns ou bleuâtres.	Chair.	Chair.
Histologie :			
a) Situation ..	Derme.	Sous-cutanés.	Sous-cutanés.
b) Capsule	Absente	Présente.	Absente.
c) Vaisseaux sanguins	Non augmentés.	Nombreux.	Peu nombreux.

V. — DIAGNOSTIC

Les léiomyomes forment de petites tumeurs fermes, mobiles avec la peau.

Ils ne deviennent cliniquement caractéristiques qu'une fois l'élément douloureux apparu avec ses modalités si typiques.

Toutefois, on peut faire le diagnostic avant l'apparition des douleurs, si l'on sent ces petites tumeurs se contracter à la palpation, comme ce fut le cas dans notre observation.

Mais on ne manquera pas de confirmer le diagnostic par une biopsie de la tumeur, suivie d'un examen histologique.

Avant que les tumeurs ne deviennent douloureuses, on peut confondre les léiomyomes cutanés avec le fibrome cutané, des

chéloïdes, des neurofibromes, des tumeurs glomiques. Seul l'examen microscopique des lésions apportera la certitude diagnostique.

Les myomes dartoïques du scrotum peuvent prêter à confusion avec des kystes sébacés.

VI. — EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution en est très lente. Il n'y a pas de récidive sur place après ablation. Néanmoins de nouvelles tumeurs surgissent sur les bords mêmes de la cicatrice opératoire. Il n'y a classiquement pas de régression spontanée, bien que le fait ait été signalé (Jadasshon, Huldschinsky, Nobl). C'est donc une tumeur bénigne ce qui, nous le verrons, est confirmé par l'histologie.

Une évolution de trente-six années a été décrite sans inconvénients majeurs pour le malade. Mais l'élément douloureux vient souvent assombrir le pronostic des léiomyomes multiples. Lorsque la moindre excitation déclenche des douleurs violentes, la vie devient très pénible pour le malade. La femme dont parlent Arnozan et Vaillard ne pouvait plus vaquer à ses occupations de ménagère, la chaleur lui faisant fuir ses fourneaux. Elle ne se lavait plus de peur de faire apparaître de violentes crises.

La crainte des douleurs peut conduire le malade à une véritable hantise de ces crises qui vont se rapprochant en augmentant d'intensité à mesure que l'affection évolue, confinant le malade dans l'immobilité, le transformant en infirme.

VII. — TRAITEMENT

Devant les phénomènes douloureux, nous sommes désarmés malgré la nombreuse pharmacopée antialgique.

Les petits moyens, parfois, calment ou diminuent la douleur : compresses chaudes, coton, réchauffement. Pour éviter

les frottements, les malades se protègent par des bandes de gaze.

Paradoxalement, un auteur signale un cas où le malade frottait légèrement ses tumeurs pour faire cesser les douleurs.

Les antialgiques : dolosal, morphine, belladone agissent peu ou pas et ne sont pas utilisables du fait de la fréquence parfois grande des crises.

La radiothérapie, comme la curiethérapie ne sont d'aucune efficacité sur les léiomyomes cutanés.

Aujourd'hui se discutent seulement deux modes de traitement : l'extirpation chirurgicale ou la diathermocoagulation de la tumeur.

Le traitement chirurgical est simple mais vite limité par l'étendue des lésions.

D'autre part, quelques auteurs ont signalé de nouvelles poussées sur les bords de la cicatrice d'excision.

Weissebach, Carlu et Martineau proposent, en 1934, la diathermocoagulation, sous faible anesthésie locale ; voici quelles sont leurs conclusions à propos d'un cas traité avec succès :

« En présence des autres thérapeutiques employées, la chirurgie étant mutilante, les rayons X restant sans action, tandis que l'électrolyse est douloureuse, dans le cas de myomes, la diathermocoagulation nous semble être le traitement de choix. En effet :

» 1° Elle détruit radicalement les myomes ;

» 2° Après six mois il n'y a pas de récidive ;

» 3° Les douleurs spontanées ou provoquées ont totalement disparu ;

» 4° Enfin, les cicatrices souples et élégantes laissent à la peau toute sa mobilité. »

CHAPITRE III

ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pour cette étude anatomopathologique, nous prendrons comme plan la classification de Babes. Nous étudierons donc successivement :

1° Les léiomyomes dérivés de la couche musculaire des vaisseaux :

2° Les léiomyomes dérivés des muscles arrecteurs des poils ;

3° Les léiomyomes de la couche musculare lisse des zones dartoïques de Besnier ;

4° Les léiomyomes dérivant de vestiges embryonnaires plus profondément situés.

I. – LEIOMYOMES DERIVES DE LA COUCHE MUSCULAIRE DES VAISSEAUX

Les léiomyomes d'origine vasculaire sont situés dans la partie la plus profonde de la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le plus souvent solitaires, leur taille n'excède pas, en général, un centimètre. On note une nette prédominance aux faces d'extension des membres, en particulier à la jambe (talon, tendon d'Achille).

Habituellement, la nature du vaisseau dont le léiomyome tire son origine, n'est pas contestée ; les auteurs sont tous d'accord pour dire que les léiomyomes survenant à partir de gros vaisseaux, le font uniquement à partir des veines.

Pour les léiomyomes provenant de petits vaisseaux il n'y a pas de certitude quant à leur origine. On relève à la fois une origine artérielle (Audry) et veineuse (Stout), mais cela sans grandes preuves.

La couche musculaire des vaisseaux est en continuité avec le tissu tumoral. Ces tumeurs sont habituellement arrondies et lisses avec des limites très nettes et une capsule évidente, ce qui les distingue des léiomyomes d'origine non vasculaire qui n'ont pas de limites nettes. Le vaisseau sanguin originel, qui peut se ramifier, présente un cours sinueux. On n'y voit pas, ou très peu de fibres nerveuses.

Voici, suivant leur aspect histologique, comment Auger les classe :

1° Hémangio-léiomyome. Tumeur d'aspect homogène, formée autour d'un peloton de vaisseaux dont chacun a sa membrane endothéliale et sa média propre ; type assez rare.

2° Léiomyomes vasculaires de type lâche. Ce sont des tumeurs formées de petits îlots arrondis de fibres musculaires à limites estompées orientées concentriquement autour des lumières des vaisseaux.

3° Léiomyomes vasculaires de type solide. Le tissu tumoral est très dense, orienté en tous sens. Les vaisseaux que contient ce type de tumeur, sont trop nombreux et trop volumineux pour être de simples vaisseaux nourriciers.

4° Léiomyomes vasculaires tirant leur origine des parois veineuses. La tumeur léiomyomateuse est comme incluse dans la paroi veineuse.

II. LES LEIOMYOMES TIRANT LEUR ORIGINE DES MUSCLES HORRIPILATEURS

Ce sont les plus fréquents (50 % pour Sutton). Ils sont habituellement multiples, leur taille allant d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

La peau reste normale dans tous ses éléments. Le corps papillaire est parfois déplissé par la masse léiomyomateuse. Si l'épiderme est aminci il reste néanmoins normal dans ses composants. La couche basale de Malpighi est souvent beaucoup plus pigmentée que normalement.

Le diagnostic de léiomyome tirant son origine des muscles arrecteurs des poils, ne peut être porté avec certitude que lorsque l'on voit plusieurs fibres du muscle arrecteur se prolonger dans la masse tumorale.

Senter fait appel à la pharmacologie pour démontrer l'origine du léiomyome dans les muscles arrecteurs :

Ces muscles, de même que les glandes sudoripares, sont innervés par le sympathique, mais ces fibres sont cholinergiques. Irritant les tumeurs à l'aide d'une épingle, on obtient une contraction douloureuse après injection de substances cholinergiques. Si, auparavant on a injecté de l'atropine au sujet, on n'obtient plus de réponse. L'adrénaline reste sans effet.

Dans ce type de léiomyome des formations musculaires lisses courent dans toutes les directions, quelquefois jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Parfois on voit des tourbillons de fibres lisses en continuité avec le muscle arrecteur.

A première vue, ces léiomyomes ressemblent à une tumeur maligne : pas de capsule, pas de limites nettes, les fibres musculaires prolifèrent et s'insinuent dans le tissu sain par le pourtour de la tumeur. Mais une observation plus minutieuse mon-

tre que les fibres collagènes ont été repoussées à la périphérie ; il n'y a pas à proprement parler infiltration de cellules léiomyomateuses dans le tissu environnant. Les fibres élastiques sont en nombre variable suivant les cas, parfois il n'y en a pas d'incluses dans la tumeur, souvent fort peu. Si infiltration il y a, elle est faite surtout de quelques fibroblastes et d'une petite réaction lymphocytaire périvasculaire, et, dans les parties superficielles de la peau au voisinage même de la tumeur, que JADASSOHN interprète comme étant l'expression d'une réaction de type inflammatoire, créée par la pression qu'exerce la tumeur.

Les poils et l'appareil pilosébacé, parfois inclus dans la tumeur, ont gardé leurs caractères normaux.

On a parfois décrit, comme pour les myomes utérins, des aspects de dégénérescence granulaire ou graisseuse au centre de tumeurs d'un volume déjà respectable. DISS cite même un cas de dégénérescence maligne. Sur des coupes transversales de fibres lisses, on peut voir que le protoplasme est situé à la périphérie de la cellule.

Des aspects peu différenciés du protoplasme inclinent certains auteurs à y voir une immaturité du tissu léiomyomateux, laissant ainsi entrevoir son origine dysembryoplasique.

Les noyaux des cellules musculaires lisses de tous les types de léiomyomes cutanés montrent à peu près les mêmes caractères que ceux des myomes des autres organes. Ils sont courts, larges, parfois géants et recourbés, parfois faits de plusieurs granules chromatiniens. Des cellules musculaires à plusieurs noyaux sont parfois entrevues.

La vascularisation de ces tumeurs est parfois assez riche, mais le centre de la tumeur est très pauvre en vaisseaux.

Les dermatomyomes multiples sont typiquement, les plus douloureux des léiomyomes. On en a cherché l'explication dans la présence de nombreuses terminaisons nerveuses dans ces tumeurs.

Grzybowski a bien mis en évidence les fibres nerveuses par la méthode de Ramon y Cajal : « Les fibres nerveuses sont très abondantes dans les léiomyomes cutanés. Le derme environnant contient beaucoup moins de fibres nerveuses. Ces fibres forment parfois des faisceaux pour ainsi dire de véritables petits nerfs, à parcours irrégulier et flexueux. En dehors de ces faisceaux nerveux on observe des fibres nerveuses isolées longues ; leur parcours peut être suivi sur un trajet assez long.

Notons que ces nerfs minuscules se trouvent souvent en abondance et très superficiels dans la couche sous-papillaire où, dans les conditions normales, on n'observe pas de nerfs de calibre pareil.

Souvent le parcours des fibres nerveuses est des plus irrégulier (nœuds, anses), formant jusqu'à des petits plexus.

La plupart des fibres isolées sont dépourvues de myéline ; les fibres en faisceaux en sont pourvues. Certaines fibres se terminent par une arborisation ou par de petits éléments en forme de massue. Il s'agit là de véritables néoformations nerveuses, car l'abondance des fibres dans le myome en comparaison avec le nombre de fibres dans la peau normale des mêmes régions, me paraît plaider en ce sens.

Une autre preuve est, à notre avis, la distribution des nerfs et des fibres nerveuses isolées qui suivent fréquemment le trajet des fibres musculaires et qui se trouvent souvent à leur centre. On a l'impression que la néoformation des muscles de la tumeur est accompagnée d'une néoformation de fibres nerveuses. »

Orméa, de même, a souligné la fréquence de ces anomalies nerveuses avec prolifération du réseau végétatif terminal.

III. LES LEIOMYOMES DERIVANT DE LA COUCHE MUSCULAIRE LISSE DES ZONES DARTOÏQUES DE BESNIER

Ce sont ceux qui présenteraient peut-être le plus d'analogie avec le myome utérin, quoique leur association soit très rare pour SCHILLING. Leur diagnostic est d'abord porté sur leur localisation, mais cela comporte un petit risque, car d'autres types de léiomyomes peuvent prendre naissance dans les régions dartoïques.

Mais ils se distinguent surtout par le fait qu'ils sont sous-cutanés, et aussi par leur taille. Ils peuvent atteindre la grosseur d'un poing.

Ils sont formés essentiellement de fibres musculaires lisses entrecroisées en tous sens, mais les fibres collagènes sont assez importantes. On note souvent, au centre de la tumeur, une forte réaction fibreuse formant un noyau fibromateux. On a donc décrit des myomes purs et des fibromyomes. Il semblerait que la réaction fibreuse centrale ne soit que secondaire à la formation léiomyomateuse.

Une réaction fibreuse se manifeste également à leur périphérie et forme ainsi comme une capsule. Ils sont assez facilement énucléables. Leur vascularisation est relativement pauvre. On n'y trouve pas de nerfs. Leurs lieux de prédilection sont les organes génitaux externes.

IV. — LEIOMYOMES DERIVES DES FIBRES MUSCULAIRES LISSES ET DE VESTIGES EMBRYOLOGIQUES PLUS PROFONDEMENT SITUES

Ce groupe est tout à fait à part ; on ne peut le rattacher à la léiomyomatose cutanée puisque l'origine de ces léiomyomes se fait surtout à partir des ligaments rectopubiens, de la cloison rectovaginale, de la prostate, etc...

Ils peuvent acquérir une forte taille et sont toujours entourés d'une capsule. Leur structure histologique se rapproche beaucoup de celle des léiomyomes cutanés provenant des muscles arrecteurs des poils (les nerfs mis à part), et l'on ne pourrait les en distinguer, si ceux-ci n'étaient pas beaucoup plus superficiels que ceux-là.

CHAPITRE IV

LEIOMYOME CUTANÉ ET FIBROME UTÉRIN

Nous rencontrons dans l'observation que nous a confié le professeur Le Coulant une association frappante : deux types de tumeurs à fibres lisses évoluent simultanément avec un contexte hormonal typique d'hyperfolliculinisme.

ASSOCIATION DE LEIOMYOMES CUTANES ET DE FIBROMES UTERINS CHEZ UNE JEUNE FEMME

P. Le Coulant, J. Rivière, L. Texier et M^lle^ Cheroux
(*Bull. Soc. Franç. derm. et syphil.*, n° 2, avril-mai 1957, p. 197)

« M^lle^ P..., 24 ans, sage femme, voit apparaître, en mars 1953, à la suite d'une appendicectomie pour appendicite aiguë, au niveau de l'hémithorax gauche, une éruption de petits éléments nodulaires, non douloureux, qui sont restés semblables dans leur topographie et leur aspect jusqu'à ce jour. Un mois plus tard, on découvre, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur mobile du volume d'une mandarine. Un examen gynécologique décèle alors l'existence de plusieurs fibromes utérins. Ces fibromes ne s'accompagnent pas de modifications du cycle menstruel, habituellement allongé (trente-cinq, trente-six jours)

avec des règles non douloureuses, assez abondantes, de quatre à cinq jours. Le deuxième jour des règles, et depuis des années, la malade expulse une muqueuse utérine qui paraît entière. L'examen histologique de cette muqueuse, pratiqué le 23 octobre 1954, par le professeur Léger, est en faveur d'une « métrite hyperplasique, peut-être de type déciduiforme, en rapport avec des surcharges hormonales vraisemblables ».

» Un traitement à l'A.C.T.H. et à la thyrolobuline est essayé sans résultat. Le 3 juillet 1955, la malade est opérée par le docteur Dubourg qui enlève, par myomectomie partielle, dix petits fibromes utérins de la taille d'une noisette à celle d'une mandarine. Suites opératoires très normales, aucune modification du cycle menstruel depuis.

» Début 1956, la malade constate une augmentation de volume de sa glande thyroïde, qui correspond à l'apparition d'un adénome thyroïdien. L'exploration fonctionnelle de la thyroïde est normal.

» Une radiographie de la selle turcique ne montre aucune anomalie.

» Des frottis vaginaux pratiqués en août 1956, à Luxeuil, révèlent une activité oestrogénique importante avec absence de phase lutéale (Docteur Camus).

» Sous l'angle dermatologique, cette malade présente des petits nodules dermo-hypodermiques, de la grosseur d'un pois, de consistance rénitente, sans modification de l'épiderme susjacent. A la palpation, ces nodules durcissent sous les doigts et font saillie sous les téguments pendant une trentaine de minutes. Ils ne s'accompagnent à aucun moment de manifestations suggestives : pas de crises douloureuses, pas de modification spontanée au moment des règles. L'intervention chirurgicale sur les fibromes utérins n'a pas modifié leur aspect. Ils restent donc absolument semblables depuis leur apparition en mars 1953.

» Du point de vue topographique, ils forment un placard dorsal au niveau de la base de l'hémithorax gauche, étalé sur une surface de dix centimètres de côté environ, comprenant une vingtaine d'éléments plus ou moins confluents. On découvre, d'autre part, des éléments disséminés et isolés au niveau du dos et de la face antérieure du thorax, prédominant à gauche.

» Biopsie d'un élément du dos (13 novembre 1956) : épithélium sensiblement normal avec tendance, par places, à la papillomatose. La basale est nette, régulière, souvent surchargée de pigments mélaniques. Derme superficiel délicat et aspect fibrillaire. Dans le derme profond, et jusqu'au voisinage de l'hypoderme, on trouve des nappes de tissu musculaire coupées suivant diverses incidences, entrecroisées et sans systématisation. Ce tissu est formé de fibres musculaires lisses dont la structure et les noyaux paraissent normaux. Très nombreuses terminaisons nerveuses aux colorations spéciales. Image typique de léiomyome. »

En dehors du fait qu'ils soient constitués tous les deux par une néoformation de tissu musculaire lisse, peut-on trouver des points communs aux léiomyomes cutanés et aux fibromyomes utérins ?

Les léiomyomes cutanés, et surtout les léiomyomes multiples sont souvent classés parmi les nævi pour expliquer leur pathogénie.

Jadassohn définit le nævus de la façon suivante : « Malformation circonscrite de la peau ou des muqueuses annexes, consistant en un excédent tissulaire, présent à la naissance ou apparaissant plus tard dans la vie, la malformation restant dans ce cas en tous points semblable à celle qui est réellement congénitale. »

Scholtz ajoute : « Cette dysplasie se caractérise souvent par un changement de coloration des téguments (dans le sens

d'une pigmentation ou d'une dépigmentation), par un développement anormal des vaisseaux.

Dupont s'appuie pour classer les léiomyomes parmi les nævi, sur les arguments suivants :

1° Il existe des observations où les dermatomyomes furent constatés dès la naissance (Corsi, Brugger), et entièrement superposables dans leur aspect clinique et histologique aux dermatomyomes de l'âge adulte. Les observations familiales sont assez rares, mais il y en a d'indéniables (Dore).

2° A côté des tumeurs, il existe dans cette maladie, des malformations de la peau, par exemple un trouble de la pigmentation : augmentation de la pigmentation de la couche basale de Malpighi.

3° Les tumeurs multiples ont tendance dans un certain nombre de cas à adopter une disposition systématisée (Dauphin).

4° Cette altération cutanée représente une dysplasie d'un élément constitutif normal de la peau. Ici les muscles arrecteurs des poils.

Par contre Darier préfère classer les léiomyomes cutanés, non parmi les nævi proprement dits, mais parmi les simples tumeurs conjonctivo-vasculaires, classe comprenant des néoplasmes très divers mais qui tirent tous leur origine des tissus provenant du mésenchyme. Il n'y a d'ailleurs que peu de différence. Touraine les rapproche par la théorie commune de l'induction.

« Il en résulte que des tumeurs se formeront soit pendant la période régulière de différenciation normale de l'organisme, soit plus tard à l'occasion d'un fait nouveau qui réanime l'activité inductrice. Il en résulte aussi, par conséquent, que les hyperinductions du début de la vie peuvent être héréditaires ; mais bien souvent aussi, elles sont acquises, secondaires à

l'intervention plus ou moins tardive d'une cause d'excitation qui est presque toujours locale. »

Le fibromyome utérin offre une pathogénie différente, semble-t-il, de celle des léiomyomes cutanés.

Le fibrome utérin est constitué de fibres musculaires lisses, tirant leur origine du muscle utérin lui-même ; cette néoformation dont nous ne donnerons pas les différents aspects cliniques et histo-pathologiques, s'entoure volontiers d'une réaction fibreuse plus ou moins importante ; parfois tellement importante que l'on se trouve en présence de fibromes purs.

On a pensé expliquer la pathogénie des myomes utérins par une augmentation de sécrétion des hormones œstrogéniques. De nombreux auteurs ont essayé de reproduire expérimentalement, chez la lapine, la souris, la cobaye femelle, des fibromes utérins et extra-utérins par injections d'œstrogènes (Lacassagne, 1934 ; Nelson, 1936 ; Custo, Moricard et Cauchoix, 1936 ; Lipschultz). Bimes a insisté sur la localisation périvasculaire du tissu fibreux. Mais il est un point sur lequel il faut insister : c'est que jamais une de ces expérimentations n'est parvenue à reproduire des léiomyomes utérins. Le seul résultat fut d'obtenir des fibromes purs de l'utérus, ou une fibromatose généralisée des organes abdominaux.

Le professeur Moricard est encore plus restrictif dans ses conclusions : « Je ne pense pas que l'on puisse transporter, sans réserves, les résultats obtenus chez la femelle de cobaye à la clinique humaine. Il est certain que ce qui est commun à la femelle de cobaye et à la femme, c'est que le développement des fibromes utérins est influencé par les oestrogènes. L'injection d'œstrogènes provoque, ou accélère, le développement du tissu fibreux. Si les œstrogènes sont nécessaires au développement du fibrome utérin, ce ne sont pas les œstrogènes qui sont la cause déterminante de la formation du fibromyome. Ces œstrogènes apportent la condition nécessaire mais qui n'est pas suffisante

à elle seule. La cause de la production des fibromyomes utérins reste à découvrir. »

Les léiomyomes qui pourraient présenter quelque analogie avec le fibromyome utérin ne rentrent pas dans notre cas ; il s'agit des myomes des organes génitaux externes et des léiomyomes d'origine vasculaire.

On a parfois observé la coexistence de myomes utérins avec des léiomyomes des organes génitaux externes. Sur plus de deux cents cas relevés par SCHILLING en 1931, celui-ci n'a constaté que très rarement une association.

Par contre O.-P. JARVINIEN, sur quatre cas de myomes des organes génitaux, constate que chacune des femmes a été, ou est porteuse d'un fibromyome utérin.

Dans le cas de SPILMANN et MICHON, on note que le léiomyome solitaire dont était porteuse une femme, survenu sur une cicatrice de vaccination, était sensible et proliférant au cours des grossesses. Cette femme, même, disent les auteurs, faisait son diagnostic de grossesse lorsqu'elle commençait à souffrir de sa tumeur. Mais l'analogie avec un fibrome utérin s'arrête là, car, paradoxalement, ce léiomyome devenait insensible et sage au moment du travail.

Nous avons pu relever un cas se rapprochant du nôtre, bien que l'auteur ne se soit posé aucune question à ce sujet :

S. THOMPSON, en 1938, publie l'observation d'une femme de cinquante-six ans. Les premières tumeurs cutanées sont apparues trente ans auparavant, soit vers l'âge de vingt-six ans. Ce sont de petits dermatomyomes répartis en nombre sur le bras droit (62), le bras gauche (58), la face (25) et le tronc (17).

Cette femme, note l'auteur, fut atteinte de lithiase vésicale et de pyurie à peu près au moment où les premières lésions apparurent, et cela dura dix-huit mois. On signale en plus, dans

les antécédents, une hystérectomie pour fibrome utérin à l'âge de trente-neuf ans.

Donc les léiomyomes cutanés étaient contemporains du fibrome.

Malgré nos recherches nous n'avons pas pu trouver d'autres cas dans la littérature. Bien que TOURAINE dans l'article sur les léiomyomes cutanés de l'encyclopédie médico-chirurgicale fasse allusion à l'association possible fibromes utérins-léiomyomes cutanés.

Nous avons donc bien peu de matière pour construire une hypothèse solide.

Les circonstances étiologiques de ces deux affections semblent les opposer et nous faire croire à une coïncidence.

En effet :

1° Le léiomyome cutané est une affection rare. Le fibrome utérin est une affection très fréquente.

2° Les léiomyomes cutanés multiples surviennent deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme.

3° Tandis que le myome utérin nécessite, nous l'avons vu, un conditionnement œstrogénique, il n'en est apparemment pas de même pour le léiomyome cutané.

Notre observation soulevait ce problème de l'association fibromyome utérin-léiomyomes cutanés. Nous ne pouvons pas le résoudre : la littérature est trop pauvre en observation de ce genre pour y apporter une solution valable.

CONCLUSIONS

1° Les léiomyomes cutanés sont une affection rare :

— Caractérisée au point de vue clinique par de petites tumeurs fermes, devenant douloureuses ;

— Au point de vue histologique par une masse tumorale formée de fibres musculaires lisses entrecroisées.

2° On distingue cliniquement et histologiquement trois sortes de léiomyomes cutanés :

a) Les léiomyomes cutanés d'origine vasculaire solitaires ;

b) Les léiomyomes cutanés dartoïques ;

c) Les léiomyomes cutanés multiples dérivant des muscles arrecteurs, classés par certains parmi les nævi.

3° Ces tumeurs ne s'ulcèrent jamais et présentent tous les caractères des tumeurs bénignes.

4° L'observation que nous produisons montre un cas typique de léiomyomes cutanés multiples ayant évolué conjointement avec des fibromyomes utérins.

5° L'association de fibromes utérins et des léiomyomes multiples disséminés semble, sur le vu de nos connaissances actuelles. tout à fait fortuite.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe : ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen : R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury
JOULIA.

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 20 novembre 1957
Le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMSON (S.). — Dermatomyomes multiples. *Annales de Dermatologie et Syphilographie*, 1933, série VII, t. IV, p. 322.

ARNOZAN et VAILLARD. — Myomes à fibres lisses multiples confluents et isolés de la peau. *Annales de Dermatologie et Syphilographie*, 1881, t. XII, p. 60. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 28 déc. 1880, p. 230.

AUGER (C.). — Les léiomyomes d'origine vasculaire de la peau et des muqueuses. *Laval Médical*, sept. 1951, t. XVI, n° 7, pp. 905-925.

AUDRY. — Nodule sous-cutané à structure de nævus artériel léiomyomateux. *Bull. Soc. Fr. Dermat.*, 1931, p. 222 et p. 1518.

BABÈS (V.). — Ziemssen Handbuch der Therapie. 1884, XIV, 2, p. 449.

BENSON-CANNON. — Multiple Leiomyomata. *Arch. of Dermat. a Syphil.*, 1931, p. 498.

BESNIER (E.). — Les dermatomyomes, fibromyomes ou myomes cutanés. *Ann. Dermat. et Syphil.*, 1880, t. XI, p. 25.

— Contribution à l'histoire des myomes cutanés, dermatomyomes, léimyomes de la peau. *Ann. Dermat. et Syphil.*, juin 1885, t. XVI, p. 321.

BRIDIGI et MARACCI. — Des myomes cutanés. Imparziale 1881. Analyse par Julien. *Ann. Dermat. et Syphil.*, 1882, t. XIII, p. 119.

BRUGGER. — Léiomyome. *Wien Med. Wsch.*, 1928, 78, n° 10, p. 330.

BURNIER et BLOCH. — Un cas de myomes multiples cutanés. *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1921, p. 24.

BUTTERWORTH (T.-H.). — Leiomyoma Cutis. *Arch. Dermat. a Syphil.*, févr. 1935, 31, n° 2, p. 251.

CAROL (W.-L.-L.). — Myomatosis cutis disseminata. *Neder. Tijdschr. Geneesk*, 1921, 65, II, n° 11, p. 1394.

CARTEAUD (A.), GRUPPER (Ch.) et BEAUVOIS (J.). — Léiomyofibrome d'allure éruptive pour avis thérapeutique. *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, avril-mai 1951, n° 2, pp. 134-135.

CAUCHOIX (J.). — Hormone folliculaire et fibromatose. Thèse Paris, 1939.

CORNBLEET (T.) et COHEN (O.). — Leiomyoma of the Skin. *Arch. of Dermat. and Syphil.*, 1939, 40, n° 5, p. 834.

CORSI (H). — A case of leiomyma cutis multiplex. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1929, p. 376.

CROCKER (H.-R.). — A case of myoma multiplex. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1897.

CORRET (P.). — Fibromyome de la plante du pied. *Revue Médicale de Nancy*, 1938, 66, n° 2, p. 74.

CROSTI (A.). — Léiomyomatose douloureuse généralisée et nævique. *Dermosifil.*, mars 1949, 24, n° 3, pp. 86-87.

CULLEN (T.-H.). — Léiomyome solitaire de la peau. *Brit. Journ. Surg.*, sept. 1955, 43, n° 178, pp. 196-197.

CUSTO (L.). — Fibromes expérimentaux et fibromyomes de l'utérus : relations pathogénétiques. *Paris méd.*, mai 1947, n° 19, pp. 220 222.

DARIER. — Nouvelle pratique dermatologique. (Masson, éd.), Paris, 1946.

DAUPHIN (P.). — Les dermatomyomes à topographie systématisée. Thèse Paris, 1933, n° 584.

DISS. — Deux cas de dermatomyomes. *Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, 12 janv. 1923, n° 3, R.S., p. 20.

DORE. — A case of myoma cutis multiplex. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1902, p. 55.

DUBOUCHER et MONTPELLIER (J.). — Dermatomyome solitaire. *Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, mai 1935, n° 5, p. 797.

DUBREUILH (W.). — Myomes à fibres lisses de la peau. *Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, 1921, n° 6, p. 251.

DUBREUILH (G.), MASSÉ (L.) et DEMANGE (M.). — Fibromes et dosages hormonaux. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, oct. 1944, n° 8, pp. 298-301

DUCUING (J.). — Le fibrome utérin. (Masson, édit.), Paris, 1946.

DUCUING (J.), GUILHEM (P.) et BIMES (C.). — Considérations sur le rôle de l'hyperfolliculinisme dans la pathogénie du fibromyome utérin. *Rev. Gyn. Obst.*, 1946, 45, n° 3, pp. 137-143.

DUPONT (A.). — Les tumeurs congénitales. *Encyclopédie Médicochirurgicale*, Paris, « Dermatologie », t. III.

FOX. — A case of multiple myomata. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1902, p. 56.

FOLLMANN (E.). — Leiomymata cutis. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, 1937, 56. n° 9, p. 599.

FÖRSTER. — *Mediz. Wsch.*, 1858, VII, p. 130.

FRITZ (W.). — Zwei fälle von multiplen Cutis myoma. *Arch. f. Dermat.*, 1910, 99, p. 75.

FROHN. — Leiomyoma. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, juin 1937, 56, n° 4, p. 231.

FROST (K.-P.). — A case of multiple cutaneous leiomyomata. *J. Am. Med. Assoc.*, 83, n° 12, p. 906.

GARIBALDI (G.-M.). — Un cas de léiomyomes multiples de la peau. *Arch. Ital. Dermat.*, 1925, 1, n° 3, p. 213.

GÈNEVOIS. — Contribution à l'étude des myomes cutanés. Thèse Lyon, 1905.

GHISLANLONI. — Léiomyome solitaire de la peau. *Bull. Sez. Région. Soc. Ital. di dermato. e. sifil.*, août 1934, n° 2, p. 144.

GOLDSMITH. — *Proc. Roy. Soc. Med.*, mars 1932, 25, p. 672.

GOTTRON. — *Zbl. f. Haut. u. Geschl.*, 20 sept. 1942, 69, n° 4, p. 161.

GOUGEROT et ELIASCHEFF. — Multiple dermatomyome dermique des membres. *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1930, 37, n° 5, p. 577.

— Dermatomyomes dermiques multiples disséminés des membres *Arch. Dermat. Syphil. Clinique de Saint-Louis*, 1936, 8, n° 3, p. 316.

GRZYBOWSKI (M.). — Contribution à l'étude de l'histologie des myomes cutanés. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, sept. 1933, 7e série, IV, n° 9, p. 852.

GUTTMANN. — Zur Kenntnis der Multiplen Dermatomyom. *Dermat. Z.*, 1906, 13, p. 469.

HAGENA (G.). — Weitere Beitrage zur Kasunistik der multiplen leiomyome *Dermat. Wschr.*, 1925, 80, n° 19, p. 673.

HAYN (Fr.). — Zur Kenntnis der destiwirenden myome der haut. *Arch. f. Dermat.*, 1910, 105, p. 211.

HEIDINGSFELD (M.-L.). — Myomata cutis. *Journ. Am. Med. Ass.*, 1908, 48, p. 562.

HOPKINS. — Myoma. *Arch. of Dermat.*, 1930, t. XXI, p. 871.

HULDCHINSKI (K.). — Ein beitrage zur Kenntnis der multiplen myome. Inaug. diss. *Arch. für Dermat.*, 74, p. 384.

JADASSOHN (J.). — Myome in lesser's Encyklopädi der Haut und Geschl., Leipzig, 1900.

— Zur Kenntnis der multiplen myomen der Haut. *Virchows Archiv.*, 1890, 121, p. 88.

JANSEN (L.-H.). — Les léiomyomes de la peau. *Acta derm. venereologica*, 1952, 32, n° 1, pp. 40-50, 9 figures.

JARVINEN (P.), KUNNEN (O.). — Myomes des organes génitaux externes de la femme. *Ann. Chirurgiae et Gynecologiae Fenniae*, 1954, t. XLIII, n° 4, pp. 221-228.

JESIONECK et WERNER. — Nævus Myomatosus. *Arch. für Dermat.*, 1907, t. LXXXVII, p. 222.

KEINING (E.). — Leiomyome im Gebeite der reichten Wange bei 41 Jähriger Frau. *Zentr. für Haut und Geschl.*, 1938, 58, n° 5, p. 323.

KOENIGSTEIN. — Multiple Myome. *Zentr. für Haut und Geschl.*, 20 déc. 1934, 49, n° 13, p. 583.

KWIATKOWSKI. — Hautmyome. *Zentr. für Haut und Geschl.*, 20 juin 1934, 48, n° 6, p. 279.

LACASSAGNE (A.). — *Mémoires Soc. Biologie*, 1935, t. CXX, p. 833.

LA ROCCO (C.-G.). — Leimyomata cutis. *Arch. Dermat. and Syphil.*, 1938, 37, n° 2, p. 323.

LE COULANT (P.), RIVIÈRE (J.), TEXIER (L.) et CHEROUX (M^lle^). — Association de léiomyomes cutanés et de fibromes utérins chez une jeune femme. *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, avril-mai 1957, n° 2, pp. 197-198.

LIEBER (K.). — Ueber myome der Haut. *Bestr. Path. Anat.*, 1915, n° 3, p. 60.

LIPSCHUTZ (A.) et VARGAS (L.). — Tumeurs expérimentales par application sous-cutanée de tablettes d'œstradiol. *Lancet*, 10 juin 1939, 236, n° 6041, pp. 1313-1318.

LITTLE. — A case of myoma cutis. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1905, p. 265.

LOUSTE, LEVY-FRANKEL, CAILLAU et DAUPHIN. — Deuxième cas de dermatomyomes à disposition systématisée. *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, mai 1933, n° 5, p. 699.

LUISER (K.). — Leiomyome. *Zentr. für Haut u. Geschl.*, 1938, 58, n^os^ 8-9, p. 508.

MACLACHLAN (A.-D.). — A case of multiple cutaneous leiomyomata. *Brit. Journ. of Dermat. a Syphil.*, mai 1934, XLVI, n° 5, p. 241.

MACLEOD. — A case of multiple Myoma of the Skin. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1908, p. 84.

MAGENDIE (J.). — Le fibrome utérin. *Journ. Méd. de Bordeaux*, avril 1946, pp. 144-146.

MIESCHER. — Deux cas de myomes multiples éruptifs de la peau. *Schweiz. med Wochenschr.*, 1933, LXIII, n° 50, p. 1321.

MILLER (H.-E.). — Leiomyoma. *Arch. of Dermat.*, 1930, 22, p. 135.

MITCHELL-HEGGS et SMALL (M.). — Léiomyome cutané. *Proc. Roy. Soc. Med.*, mars 1947, XL, n° 5, p. 249.

MORICARD (R.) et CAUCHOIX (J.). — *Bull. Soc. Obst. et Gynécol. de Paris*, 4 avril 1938, n° 4, p. 72.

MORICARD (R.). — De la formation expérimentale de tumeurs fibreuses utérines et extra-utérines chez la femelle du cobaye. *Gaz. Méd.*, mai 1952, 59, n° 10, pp. 595-598.

— Fibromatose expérimentale. *Maroc Méd.*, nov. 1952, n° 330. pp. 878-880.

NANTA, GARRIC, CROS-SALVADOR (M^me^). — Sur un fibrome cutané et ses relations avec l'hyperfolliculinie. *Ann. Dermat. et Syphil.*, 1945, p. 75.

NAUMAN. — Leiomyome. *Zentr. für Haut u. Geschl.*, 1937, 57, n° 1, p. 1.

NEUMAN. — Ueber multiple dermatomyome. *Arch. für Dermat.*, 1895, t. XXXIX, p. 3.

NOBL (G.). — Myomatosis cutis disseminata. *Arch. für Dermat.*, 1906, t. LXXIX, p. 31.

NOMLAND (R.). — Leiomyoma. *Arch. of Dermat. and Syphil.*, 1929, t. XX, p. 377.

— Leiomyoma cutis. *Arch. Dermat. and Syphil.*, juill. 1937, t. XXXVI, n° 1, p. 210.

OLIVER-FINNERUD et ZEISLER. — A case of multiple myoma of the skin. *Arch. of Dermat.*, 1929, p. 508.

ORMÉA (P.). — Sur l'histopathologie des myomes cutanés. *Zeit. für Haut und Geschl.*, 15 oct. 1951, t. XI, n° 8, pp. 317-327.

ORMSBY (O.-S.). — Leiomyoma cutis. *Arch. of Dermat.*, 1925, 11, n° 4, p. 466.

— Leiomyoma cutis. *Arch. of Dermat.*, 1930, 22, p. 172.

— Leiomyoma cutis. *Arch. of Dermat.*, 1938, 38, n° 2, p. 283.

ORMSBY (O.-S.) et MITCHELL. — Leiomyoma. *Arch. of Dermat.*, 1923, 8, n° 4, p. 584.

— Leiomyoma. *Arch. of. Dermat.*, 1924, 9, n° 5, p. 656.

PESSANO (J.) et MOSTO (D.). — Leiomyomas multiples disseminadas y en placa. *Revista argentina de dermatosifil.*, 1937, 21, n° 4, p. 724.

PHOTINOS (A.), PANAGIOTIS. — Les myomes de la peau. *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, avril 1933, n° 4, p. 629.

RADERMECKER (J.) et BOGAERT (L. van). — Sur la léiomyomatose douloureuse à disposition systématisée nævique. *Dermatologica*, 1941, 83, pp. 201-214.

RINALDI (V.). — Léiomyomes multiples des mammelons associés à une maladie de Kaposi. *Minerva dermatologica*, févr. 1955, n° 2, pp. 48-50.

ROBERTS (L.). — Multiple dermatomyome. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1900, XII, p. 115.

RUDING (J.). — Dermatomyoma protuberans et multiplex symetricum. *Dermatologica*, 1939, 79, n° 5, p. 290.

SANNICANDRO. — Myomes cutanés multiples. *Dermosifiligrafo*, 1933, VIII, n° 31, p. 618.

SARGIN (C.). — Un cas de fibroléiomyome. *Bull. Soc. Turq. Méd.*, janv. 1949, 92, n° 1, pp. 54-57.

SAUNDERS (T.-S.) et FITZPATRICK (T.-B.). — Léiomyome cutané. *Arch. of Dermat.*, oct. 1956, 74, n° 4, pp. 389-392.

SCHILLING (W.). — Myome der Vagina. *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, 1931, 89, p. 333.

SCHLOTZ (M.). — Multiple cutaneous leiomyoma. *Arch. of. Dermat.*, 1924, 10, n° 2, p. 176.

SENTERS (W.-J.). — Evidence de l'origine du léiomyome de la peau obtenue par étude pharmacologique. *Clinical Science*, 1948, 7, n° 1, pp. 29-33.

SEZARY (A.), RABUT (R.) et GRISLAIN (J.). — Léiomyomes héréditaires et familiaux. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1942, 8, t. II, p. 367.

SIMONELLI (F.). — Contribution à l'étude des myomes cutanés. *Dermosifiligrafo*, 1935, n° 11, p. 718.

SOBOTKA. — Klinische, histologische und Vergleichende Beitrage zur Kenntnis der Kutismyome. *Arch. für Dermat.*, 1908, 89, p. 209.

— Zur Kenntnis der myome des cutis. *Arch. für Dermat.*, 1913, n° 7, p. 115.

SOUPAULT (R.). — Les léiomyomes sous-cutanés. *Ann. d'anat. path.*, 1924, p. 433.

SPILLMANN (L.) et MICHON (P.). — Les myomes cutanés. *Ann. de dermat.*, 1924, p. 193.

STOUT (A.-P.). — Solitary cutaneous and sub-cutaneous leiomyoma. *Amer. Journ. of Cancer*, 1937, 29, n° 3, p. 435.

SUTTON (R.). — Xanthoma Myomatosis cutis disseminata *J. Amer. Med. Assoc.*, 1912, 59, p. 178.

THOMSON (S.). — Leiomyomas. *Proced. Roy. Soc., Med.*, 1938, 31, p. 1172.

TOURAINE (A.) et HOROWITZ (A.). — Léiomyomes disséminés, leur génétique. Le signe de la contraction au chlorure d'éthyle. *Ann. derm. syphil.*, mai-juin 1946, n° 5-6, p. 275.

TRIMBLE. — Dermatomyome. *Arch. of Dermat.*, 1922, V, n° 6, p. 830.

TZANCK (A.) et DOBKEWITCH. — Léiomyomes de la face. *Ann. derm. et syphil.*, 1945, n° 7-8, p. 214.

VIRCHOW. — *Arch. für path. Anat. und physio.*, 1854, t. VI, p. 553.

WEISSENBACH (R.-J.), CARLU (L.) et MARTINEAU (J.). — Myomes cutanés multiples, traitement par l'électrocoagulation. *Bull. Soc. franç. derm.*, 1934, n° 9, p. 1963.

WIGLEY (J.-E.-M.). — Leiomyoma. *Proc. Roy. Soc. Méd.*, 1935, 28, n° 4, p. 336.

WORINGER (Fr.) et BURGUN (R.). — Léiomyomes éruptifs. *Ann. dermat. et syphil.*, 1947, n° 4, p. 143.

— Léiomyome sous-cutané. *Bull. Soc. franç. dermat.*, 1956, 66, n° 1, p. 71.